

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

N°

428

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Gustave BÉAL

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

né le 1^{er} mars 1903 à Lille (Nord)

Étude

de la Technique de l'extraction
de la dent de sagesse inférieure

Président de thèse : M. le Professeur CUNÉO

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel, 49

PARIS

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Gustave BÉAL

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

né le 1^{er} mars 1903 à Lille (Nord)

Étude

de la Technique de l'extraction
de la dent de sagesse inférieure

Président de thèse : M. le Professeur CUNÉO

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel, 49

PARIS

LE DOYEN..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	Marcel LABBE.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECENE.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANCON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	JEANSELME.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Professeur sans chaire.....	ROUVIERE.
Professeur sans chaire.....	BRANCA.

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale.....	ABRAMI.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale.....	BASSET.
Pathologie médicale.....	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique.....	BLANCHETIERE.
Pathologie chirurgicale	BROcq.
Pathologie médicale.....	BRULE.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale	CHABROL.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale.....	CHIRAY.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Hygiène	DEBRE.
Anatomie pathologique.....	I. de JONG.
Physique	DOGNON.
Pathologie végétale	DONZELOT.
Médecine légale.....	DUVOIR.
Obstétrique	ECARLE.

Pathologie médicale.....	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale.....	GARNIER.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Urologie.....	HEITZ-BOYER.
Anatomie.....	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Parasitologie.....	JOYEUX.
Chimie biologique.....	LABBE (Henri).
Pathologie chirurgicale.....	LARDENNOIS.
Oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Obstétrique.....	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale.....	LHERMITTE.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MATHIEU.
Obstétrique.....	METZGER.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie.....	MULON.
Bactériologie.....	PHILIBERT.
Pathologie chirurgicale.....	QUENU.
Physiologie.....	RICHTER Fils.
Pathologie médicale.....	SEZARY.
Dermatologie et syphiligraphie.....	WALLERY-RADOT (Pasteur)
Obstétrique.....	VAUDESCAL.
Histologie.....	VERNE.
Ophthalmologie.....	VELTER.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE *pour le service des examens*

	MM.
Pathologie médicale.....	GOUGEROT.
Obstétrique.....	GUENIOT.
Histologie.....	RETTERER.
Pathologie médicale.....	TANON.

IV. AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE *à titre permanent*

	MM.
Clinique chirurgicale.....	ALGRAVE.
Clinique chirurgicale.....	AUVRAY.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique médicale.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique médicale infantile.....	LEREBoulLET.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique médicale.....	LERI.
Clinique médicale.....	LÉPER.
Clinique chirurgicale.....	PROUST.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.
Clinique médicale.....	VILLARET.

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie.....	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.

Par déclaration en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152002_0090

A MON PERE

*à qui je dédie ce modeste
travail.*

A MA MERE

A MES FRERE ET SŒURS

A MON BEAU-FRERE

Monsieur le Docteur Edmond DOUMER,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur CUNEO

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Professeur d'Anatomie médico-chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris

A Monsieur le Professeur agrégé LEMAITRE
Oto Rhino Laryngologiste de l'Hôpital Saint-Louis

*en témoignage de ma pro-
fonde gratitude pour sa bon-
té à mon égard.*

A Monsieur le Docteur CHOMPRET
Stomatologiste de l'Hôpital Saint-Louis

*en l'assurant de toute ma re-
connaissance pour le bien-
veillant accueil qu'il me ré-
serve.*

A Monsieur le Docteur RUPPE
Ancien Interne et Stomatologiste des Hôpitaux
de Paris

*en gage de mon affectueux
attachement.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

à qui j'adresse l'expression de mes sentiments de reconnaissance pour l'enseignement médical et chirurgical si précieux qu'ils m'ont donnés et les nombreuses marques de bienveillante sympathie qu'ils m'ont prodiguées.

STAGE

- 1921 M. le Professeur SERGENT.
1922 M. le Professeur HARTMANN
M. le Professeur GILBERT.

EXTERNAT

- 1923 M. le Docteur LABEY.
1924 M. le Docteur de MASSARY.
1925 M. le Professeur agrégé AUBERTIN.
1926 M. le Professeur SEBILEAU.
1927 M. le Professeur agrégé LEMAITRE.

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE STOMATOLOGIE

ET A SON DIRECTEUR

M. le Docteur BOZO

A MM. les Docteurs ALAJOUANINE — TERRIS —
PELLISSIER — AMELINE — WINTER — CAR-
REGA — AUBIN — MADURO, Médecin et anciens
internes des Hôpitaux.

A mon ami Georges ARDOUIN

Interne pr. des Hôpitaux

AVANT-PROPOS

C'est dans le service de notre maître, le Professeur agrégé Lemaître, que nous avons puisé les grandes lignes de ce travail.

Nous tenons à remercier particulièrement le Docteur Ruppe des conseils éclairés qu'il nous a donnés d'une façon si amicale.

Nous remercions également le Docteur Chompret de ses remarques judicieuses qui nous ont été d'une grande utilité.

Que Monsieur le Professeur Cunéo daigne agréer l'expression de notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

ETUDE DE LA TECHNIQUE DE L'EXTRACTION DE LA DENT DE SAGESSE INFERIEURE

Le but de notre thèse est l'étude de la technique de l'extraction de la dent de sagesse inférieure n'ayant pas fait son évolution normale.

Nous éliminerons donc tout ce qui a trait à l'étude clinique, à la pathogénie des accidents d'éruption et aux indications de l'extraction de cette dent.

HISTORIQUE

L'extraction de la dent de sagesse inférieure n'a guère fait l'objet d'études anciennes.

L'absence de documents sur cette question dans les écrits d'Hippocrate, de Pline, de Galien ne permet pas cependant de plaider en faveur de la rareté à cette époque des accidents d'éruption de cette dent. L'extraction dentaire était en effet considérée par eux comme très dangereuse et très pénible, et Hippocrate, en particulier, ne pratiquait que l'avulsion de dents très branlantes. On comprend qu'il ne devait pas s'intéresser aux dents incluses.

A l'époque du « pélican », du « tiretoire », du « déchaussoir », aucune mention particulière n'est faite de l'extraction des dents de sagesse.

En réalité, à part peut-être les travaux de Jourdain en 1778, il faut arriver jusqu'au siècle dernier pour retrouver des documents sérieux sur cette question. Après les travaux de Magitot, de Cruet, de Capdepont, de Malassez sur les accidents d'éruption de la dent de sagesse inférieure, la technique de l'extraction retient l'attention des chirurgiens et des spécialistes. Ils s'occupent des conditions qui rendent difficile son extraction et en particulier du rôle joué par la dent de douze ans. Il fut alors un temps où, pour faciliter l'opération, on enlevait préalablement la deuxième grosse molaire.

Reclus, Magitot cherchèrent à pallier au sacrifice de cette dent en pratiquant une technique originale. Ils enlevaient la deuxième molaire, pratiquaient l'extraction de la dent de sagesse pour finalement réimplanter la deuxième molaire.

Heydenreich peut être considéré comme le promoteur de l'extraction véritablement chirurgicale de cette dent (thèse d'agrégation 1877). Après avoir discuté l'opportunité de l'extraction de la dent de 12 ans, il se range finalement à la nécessité de découvrir la dent de sagesse par une véritable ouverture osseuse pratiquée à la gouge et au maillet. Mais il donne la préférence à la voie d'abord cutanée en raison du trismus. Cette voie a été très rapidement abandonnée pour la voie buccale.

L'anesthésie générale et l'anesthésie locale ont été longtemps les seules anesthésies employées.

Depuis une dizaine d'années, est venue s'adjoindre l'anesthésie régionale.

Tout récemment, Bercher a étendu la possibilité de l'anesthésie à la novocaïne aux cas compliqués de tris-

mus en la faisant précéder d'une injection massétéline.

Enfin les progrès actuels de la radiographie, de l'instrumentation, permettent de faire de cette extraction une véritable petite opération chirurgicale méthodiquement réglée.

De nombreux articles font foi de ces progrès. Nous citerons en France, les articles de Guibaut, de Friteau, de Brocq et Monier, à l'étranger, les articles américains de Berger (de New-York), le travail très complet de Winter (de Saint-Louis).

DEFINITIONS

Afin qu'il n'y ait pas de confusion, nous croyons utile de définir les termes que nous allons employer.

Dans notre esprit, la « *dent incluse* » est une dent dont le sac péricoronaire n'est pas en communication avec la cavité buccale.

La « *dent enclavée* » est celle qui n'a pas fait son éruption normale complète mais dont le sac est ouvert.

La « *dent hétérotopique* » est celle qui s'éloigne plus ou moins de la position qu'elle devrait normalement occuper derrière la deuxième grosse molaire inférieure.



Pour rendre plus compréhensible notre étude de la technique opératoire, nous la ferons précéder :

1° d'un chapitre d'anatomie de la dent de sagesse inférieure et de ses rapports avec le maxillaire inférieur et le nerf dentaire inférieur ;

2° d'un chapitre de radiographie où nous verrons comment interpréter les clichés.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE

Nous serons amenés à étudier la dent de sagesse au point de vue de : 1° sa morphologie ; 2° ses rapports avec le maxillaire inférieur et plus précisément avec l'os, la dent de 12 ans, le nerf dentaire inférieur.

I. — *Morphologie*

1° La forme de la couronne ne retiendra pas notre attention. Au contraire, la forme et le nombre des racines sont la source d'un grand nombre de difficultés de l'extraction.

Normalement, il n'existe que deux racines : l'une mésiale et l'autre distale relativement courtes (10 m/m), trapues et arrondies, incurvées distalement vers leur extrémité, soudées sur une plus ou moins grande partie de leur hauteur, avec tendance à se rapprocher de la forme conique.

Ce type n'est malheureusement pas toujours observé. On peut même dire que plus la dent a été gênée dans son éruption, plus elle a de chance de présenter d'anomalies, « la poussée radiculaire au lieu d'exercer son action vers l'extérieur, se dirigeant alors en profondeur (Rodier). »

Ces anomalies sont d'ailleurs très variables et portent : *sur leur nombre* : racines multiples (parfois 5 à 6) plus ou moins groupées en faisceau ; *sur leur direction* : racines convergentes « en crochet » ou « en barre », divergentes surtout aux dépens de la racine postérieure enroulée sur elle-même, longue, grêle, « en cor de chasse » ; *sur leur forme* : racines sinueuses avec double ou triple courbure ; *sur leurs dimensions* : racines souvent droites mais d'une longueur excessive et dont il faut craindre alors, comme nous le verrons, la proximité avec le nerf et l'artère dentaires inférieurs.

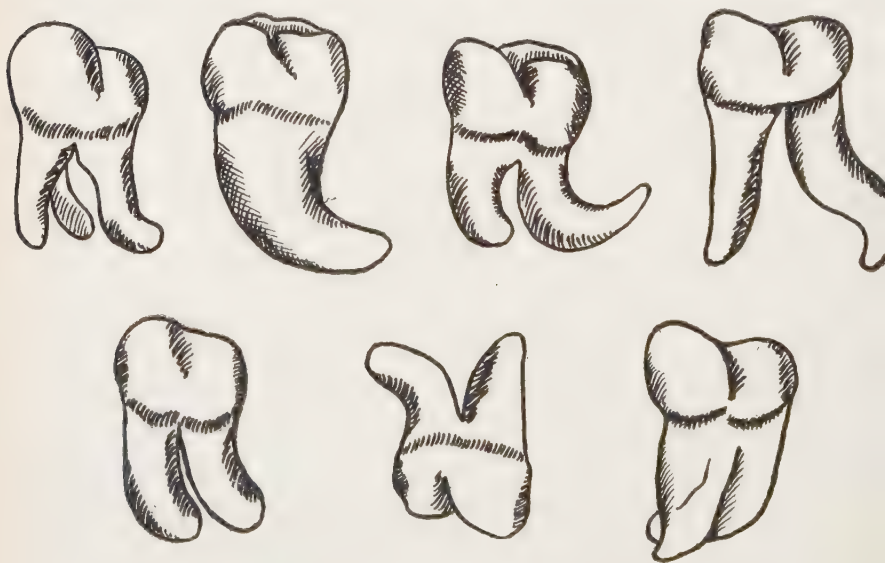


Fig. 1. Anomalie radiculaire.

Enfin on a signalé à titre d'anomalies radiculaires exceptionnelles la soudure de la racine distale avec la racine mésiale d'une quatrième molaire.

2° La morphologie générale de la dent mérite également une étude spéciale.

Le plus souvent l'axe des racines prolonge celui de la couronne en une ligne relativement droite. Seule existe sur les racines une légère incurvation distale que nous avons signalée et qui témoigne de l'effort que fait la dent très oblique pour se redresser. Parfois il arrive que la couronne forme avec les racines un angle obtus ouvert en arrière et dont le sommet antérieur vient buter contre le collet de la deuxième grosse molaire. Il s'agit de l'exagération du redressement normal de la dent. Nous verrons l'importance de ce détail anatomique.

II. — *Rapports avec le maxillaire inférieur*

Les rapports de la dent de sagesse inférieure avec le maxillaire inférieur sont à envisager, la dent étant

- a) à sa place normale.
- b) en hétérotopie.

a) *La dent de sagesse est à sa place normale*

Nous considérerons, comme nous l'avons dit, ces rapports avec l'os (ou portion osseuse) — la dent de 12 ans — le nerf dentaire inférieur.

I. — *Avec l'os.* Ces rapports sont, on le conçoit, d'un intérêt capital pour la voie d'abord, et notamment en ce qui concerne 1° les faces latérales de l'os, 2° la paroi supérieure de l'arc alvéolaire.

1. A sa place normale, la dent de sagesse inférieure se trouve située au niveau de cette portion de la branche horizontale du maxillaire inférieur à la fois la plus épaisse et la plus dense qui offrira une résistance notable à la gouge ou à la fraise. C'est à ce niveau, en effet, que les deux faces de l'os, l'interne comme l'ex-

terne, se trouvent renforcées vers leur partie moyenne en une saillie où viennent aboutir les deux lignes obliques interne et externe (fig. 2).

En général, la dent ne se trouve pas située à égale distance des deux tables. Elle est plus rapprochée de

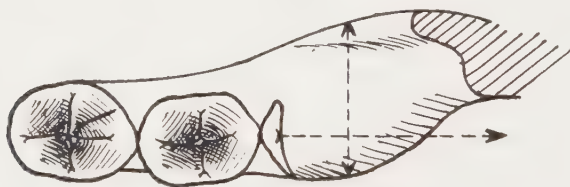


Fig. 2.

la table interne. Il s'ensuit une inégalité d'épaisseur entre les deux parois de l'alvéole. La paroi interne est mince, et il faut la respecter à tout prix. La paroi externe plus épaisse constitue cependant avec la paroi supérieure de l'alvéole, la seule région par laquelle il faut aborder la dent et la désenclaver.

2° D'autre part, la dent répond en haut à la portion terminale de l'arc alvéolaire qui tend, dans les races civilisées, à s'infléchir en dedans pour se diriger vers la face interne de la branche montante au niveau du triangle rétro-molaire (Capdepont). Elle est recouverte par une épaisseur d'os variable avec son degré d'inclusion. Si elle est dégagée partiellement, la couche osseuse peut être réduite à une mince lamelle. Dans ce cas, la dent est habituellement oblique en haut et en avant et la paroi supérieure de l'alvéole prend sur une coupe antéro-postérieure une forme triangulaire à sommet antérieur (fig. 2).

D'autres fois au contraire, un véritable plafond osseux cache la dent. Pratiquement on pourra avoir tous

les intermédiaires entre une couronne complètement dégagée et celle que l'on n'aperçoit pas après incision de la muqueuse et rugination du périoste.

II. — *Avec la dent de 12 ans.* Les rapports de la face triturante de la dent de sagesse inférieure avec la dent de 12 ans sont d'importance primordiale. De ces rapports, dépendent la facilité ou la difficulté de l'extraction.

1° Si la dent de sagesse est *verticale*, qu'elle soit incluse ou non, ses rapports avec la dent de 12 ans ne sont que des rapports de contiguité. C'est d'ailleurs exceptionnellement que l'on aura à intervenir et ce type sort en somme du cadre de notre thèse ; l'extraction ne diffère pas de celle d'une dent normalement évoluée.

2° Si la dent de sagesse est *oblique en haut et en avant* les rapports s'effectuent par l'angle mésio-triturant de la dent de sagesse avec la face postérieure de la deuxième grosse molaire. Le point de contact est situé à une hauteur variable (fig. 3).

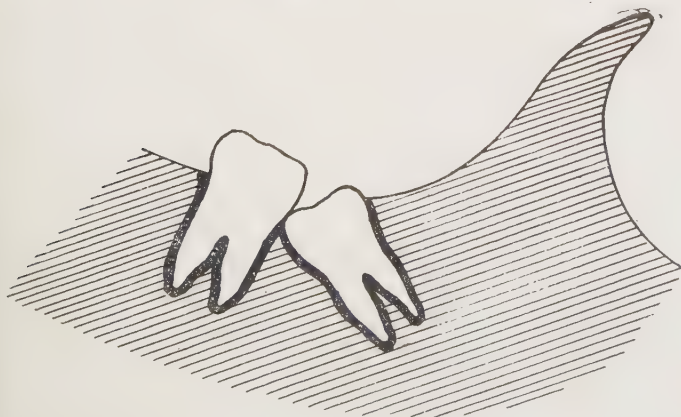


Fig. 3.

Cette obliquité est normale au cours de l'éruption de la dent de sagesse inférieure, et d'ailleurs normale, comme le dit Capdeponit « une dent dont le follicule relève d'un même cordon épithélial que celui de la dent de 12 ans, a la valeur d'une dent de remplacement de cette dernière et suit ainsi la loi générale qui veut que toute dent de remplacement prenne la place de la dent qu'elle devrait occuper.

Elle n'est parfois qu'une étape transitoire au cours de la période d'éruption précédant le redressement de la dent de sagesse. Dans d'autres cas, elle peut devenir l'étape définitive quand la dent s'est coincée. C'est justement ce coincement qui gêne l'éruption, favorise l'ouverture et l'infection du sac péri-coronaire. Si le coincement s'est effectué au collet de la dent, il entraîne une autre conséquence qui nous intéresse particulièrement : la sortie mécanique de la dent de sagesse devient impossible et il se constitue ainsi un des plus gros obstacles à l'extraction de cette dent. En effet, la partie moyenne d'une couronne dentaire est plus large que le collet de cette même dent. On conçoit que l'angle de la dent de sagesse qui vient buter sur le collet de la dent de 12 ans ne puisse contourner la partie moyenne de la couronne lorsque l'on tend à en pratiquer la luxation. C'est là une des difficultés considérables de l'extraction que l'on surmonte très facilement par le procédé de technique que nous indiquerons.

3° Si la dent de sagesse est *horizontale*, elle ne peut dans ce cas faire son éruption naturelle. Les rapports ne se font plus par un angle mais par toute la surface triturante. Au cours de la tentative de luxation de la

dent on peut réaliser le type de coincement précédemment étudié et justiciable des mêmes remarques (fig. 4).

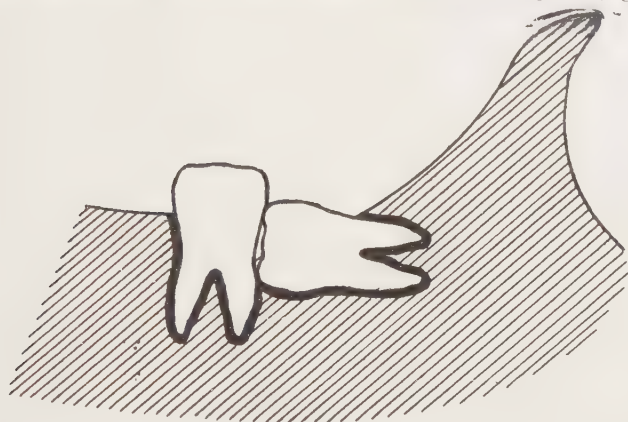


Fig. 4.

4° Si la dent de sagesse a une forme *angulaire*, ses rapports avec la dent de 12 ans vont se trouver modifiés. Il s'agit, on l'a vu, d'une exagération du redressement normal de cette dent, la couronne s'est dégagée mais reste à un niveau inférieur au plan d'occlusion.



Fig. 5.

Sa face triturante regardant en haut et en arrière, le point de contact des deux dents ne se trouve plus situé au niveau de leurs couronnes, il est reporté plus bas. L'angle que fait la dent de sagesse vient buter au-dessous du collet de la deuxième grosse molaire.

III. — *Avec le nerf dentaire inférieur.* Les rapports de la dent de sagesse inférieure avec le nerf dentaire inférieur ont été mis en lumière par les travaux de Rodier et la thèse de Puig.

Naturellement, ces rapports n'ont pas une fixité absolue. Normalement, le canal dentaire inférieur suit, de l'épine de Spix au trou mentonnier, une courbe régulière dont la direction est oblique en bas et en avant. Cette courbe est telle que le canal s'éloigne progressivement d'arrière en avant des racines dentaires. Il n'est qu'à 6 m/m de l'apex de la dent de sagesse. Il sera près de sa terminaison à 9 m/m de celui de la deuxième prémolaire.

En ce qui concerne la dent de sagesse, ces rapports se trouvent fréquemment modifiés, 1° par la hauteur du canal dentaire inférieur ; 2° par la longueur des racines, 3° par leur direction, 4° on peut dire également, par la profondeur d'inclusion de la dent. Ils pourront être immédiats si l'inclusion est basse, ou si les racines sont longues. Et, dans ces cas, l'on verra le nerf appliqué sur la dent dont il croise la face interne en y traçant un sillon, ou dont il traverse la masse radiculaire par un véritable canal.

b) *La dent de sagesse est en hétérotopie.*

La dent de sagesse inférieure ne se trouve plus dans

la position qu'elle devrait occuper derrière la dent de 12 ans.

L'hétérotopie peut être due à une simple inclinaison de la couronne de la dent. En réalité il s'agit, plutôt, de malpositions, mais nous ferons rentrer ces cas, comme le fait Magitot, dans le cadre des hétérotopies. La dent peut s'incliner, soit en dedans, vers la langue, soit en dehors, vers la joue. Cette situation n'empêche pas l'éruption de s'effectuer complètement. Nous ne nous en occuperons donc pas. L'inclinaison peut être postérieure. L'axe de la dent est oblique en bas et en avant, la couronne regarde la branche montante du maxillaire inférieur et la dent reste incluse. On comprend, sans qu'il faille insister, l'importance d'une radiographie dont les renseignements permettront de guider l'intervention.

Rarement l'hétérotopie est plus accusée. Il s'agit, dit Magitot, d'une véritable migration de la dent. La dent reste habituellement incluse dans la branche montante du maxillaire. On peut la trouver plus ou moins loin, soit dans la région de l'angle où elle est complètement renversée, sa couronne regardant en bas, soit plus haut près de l'échancrure sigmoïde.

Si, malgré l'hétérotopie, l'éruption se produit, elle se fait le plus habituellement au niveau de la joue.

Tous ces types d'hétérotopie restent habituellement silencieux et ne légitiment pas en général l'extraction de la dent.

En résumé, cette étude anatomique de la dent de sagesse inférieure montre que les difficultés de technique proviennent

1° De la structure osseuse : épaisseur de la paroi externe, profondeur de l'inclusion ;

2° Des rapports de la dent de sagesse avec la dent de 12 ans et en particulier du degré de coincement de cette dent sous le collet de la deuxième grosse molaire ;

3° De la disposition radiculaire de la dent de sagesse.

Ces données, indispensables pour guider l'intervention, ne peuvent être déterminées cliniquement. Seule, la radiographie permettra de les connaître.

CHAPITRE II

RADIOGRAPHIE

Comme nous venons de le voir, l'examen radiographique est rigoureusement nécessaire.

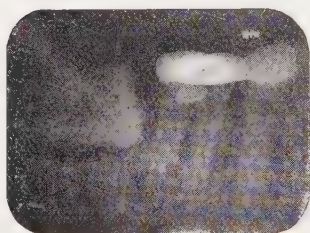
Un cliché radiographique doit permettre de se rendre compte : 1° de la position de la dent ; 2° de son degré d'inclusion ; 3° de sa disposition radiculaire ; 4° de son coincement sous le collet de la dent de 12 ans ; 5° de ses rapports avec le canal dentaire inférieur.

Sur un film, on se rend facilement compte de la direction générale de la dent et de la disposition de ses racines.

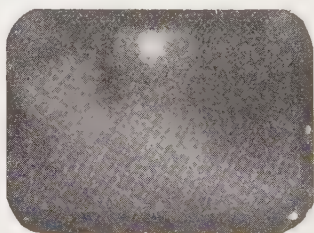


Fig. 6. Radiographie de dent extraite.
Racine distale en crochet.

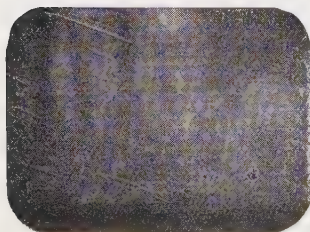
Le degré d'inclusion est un renseignement utile à posséder avant l'extraction. Il est toujours intéressant de savoir l'épaisseur d'os qu'il sera nécessaire d'enlever autour de la couronne de la dent de sagesse et de mesurer ainsi le travail de sculpture qu'il faudra effectuer. Mais, à ce point de vue, disent Frey et Ruppe, la radiographie renseigne mal, car elle reste une méthode de projection qui ne respecte pas la situation des diffé-



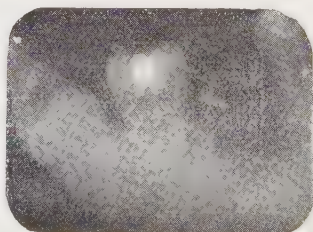
Radiographie communiquée
par le Docteur Ruppe.
Dent horizontale.



Radiographie due à l'obligeance
de M. le Professeur agrégé
Lemaître
G. R... Dent inclinée en arrière.



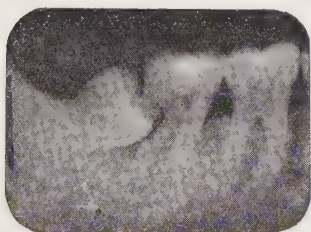
Radiographie communiquée
par le Docteur Ruppe.
Dent incluse inclinée en arrière.



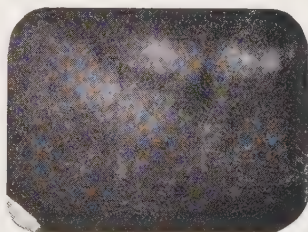
Dent inclinée en arrière.
Radiographie communiquée
par le Docteur Ruppe.

rents plans. Or, comme on l'a vu, la dent de sagesse est située en dedans de la branche montante du maxillaire plus ou moins loin en arrière de son bord antérieur, de sorte que sur un film, disent ces auteurs, le

triangle rétro-molaire se projette au-dessus de la dent de sagesse et pourrait faire croire à une inclusion profonde qui n'existe pas. Pour tourner la difficulté, on comparera la situation de la dent de sagesse par rapport à la dent de 12 ans, et l'on pourra conclure que la dent de sagesse est d'autant plus profondément incluse que l'angle mésio-triturant de la dent sera plus rapproché du plan d'occlusion.



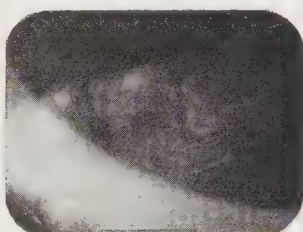
Dent oblique en haut,
en avant et coincée.
Radiographie communiquée
par le Docteur Ruppe.



Dent oblique en haut
et en avant.
Radiographie communiquée
par le Docteur Ruppe.



Radiographie communiquée
par le Docteur Ruppe.
Dent presque horizontale
et coincée.



Dent horizontale
contre la dent de 12 ans.
Radiographie due à l'amabilité
du Docteur Camus.

Le coincement de la dent de sagesse sous le collet de la dent de 12 ans s'interprète plus exactement avec un film intra-buccal. Dans le cas où l'on fait une

radiographie extra-buccale, il est difficile de bien centrer l'ampoule sur l'espace interdentaire, et les rayons peuvent être orientés obliquement par rapport à lui. L'image de la dent de sagesse se projette sur celle de la face postérieure de la dent de 12 ans et l'on croit à tort qu'il n'y a pas d'intervalle entre les deux dents (fig. 15).

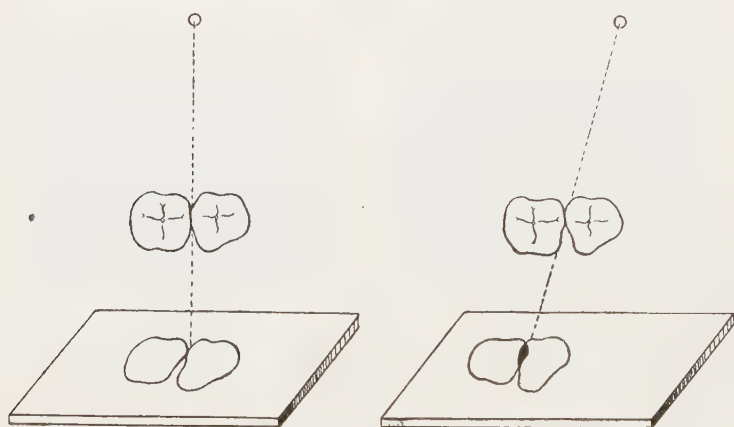


Fig. 15

Quant aux rapports de la dent de sagesse avec le canal dentaire inférieur, leur appréciation n'est pas non plus exempte de difficultés. Si l'on fait une radiographie intrabuccale, il n'est pas toujours possible de descendre le film assez bas et le canal peut ne pas se trouver dans la zone photographiée. Dans le cas d'une radiographie extra-buccale, il est nécessaire de se servir du procédé de défilement de Belot en vue de décaler les deux branches horizontales du maxillaire inférieur. Le résultat inévitable de cette méthode est d'imprimer aux rayons une direction oblique qui peut projeter, comme le mon-

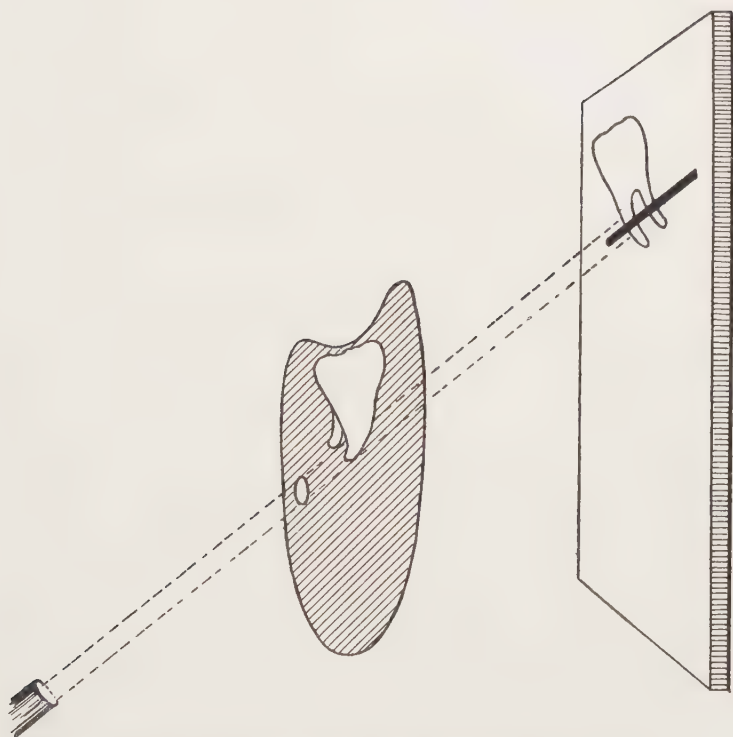


Fig. 16 Les rayons sont obliques,
Le canal dentaire inférieur se projette faussement
sur les racines de la dent de sagesse.

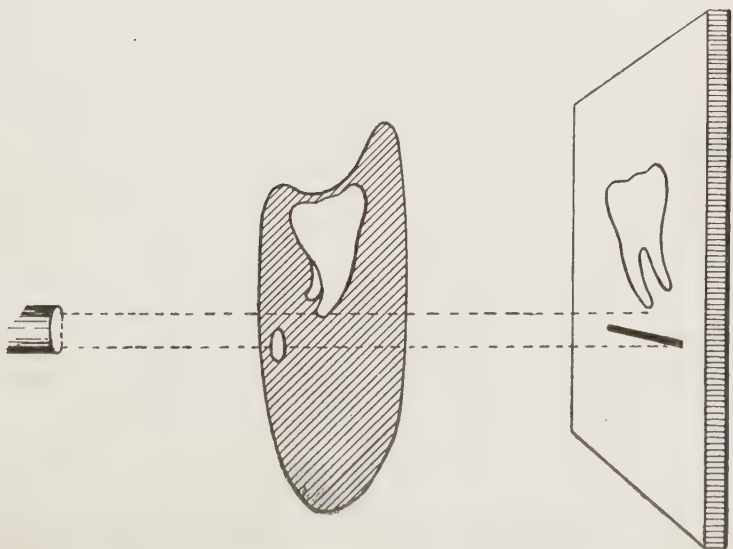


Fig. 17 Ampoule bien placée. Rayons horizontaux.

tre le schéma ci-contre, les racines de la dent de sagesse sur le canal dentaire. On s'en apercevra au fait que la hauteur de l'os est très diminué et que l'on voit sur l'image radiographique la projection de la face triturante de la dent (fig. 16).

De ces considérations, il résulte que le film buccal est préférable à tout autre cliché. Il suffit parfois à lui seul. Il donne avec le minimum de déformations, les rapports exacts de la face triturante de la dent de sagesse avec la face distale de la dent de 12 ans, la disposition radiculaire et la position de la dent.

Mais, malheureusement, il est parfois impossible d'obtenir un film buccal.

1° On ne peut pas toujours placer la pellicule suffisamment en arrière en raison d'un attache trop antérieure du pilier antérieur du voile du palais ;

2° Les réflexes nauséeux sont parfois trop violents ;

3° Il existe habituellement, dans le cas qui nous intéresse, un trismus plus ou moins prononcé et une tuméfaction importante de la région de la dent de sagesse qui gênent considérablement les manœuvres et interdisent parfois complètement l'entrée du film dans la bouche.

CHAPITRE III

L'EXTRACTION DE LA DENT DE SAGESSE INFÉRIEURE

Avant d'aborder ce chapitre, nous dirons un mot de l'examen clinique.

Il n'est pas dans notre intention de développer les indications de l'extraction de la dent de sagesse inférieure, tant au point de vue prophylactique que curatif. Nous voulons, en effet, rester dans le seul domaine de la technique opératoire, objet de notre travail.

Comme avant toute intervention, il est bien entendu indispensable de connaître l'état de résistance du malade dont l'interrogatoire et l'examen permettront de dresser le bilan pathologique. On recherchera particulièrement s'il a présenté des signes d'hémogénie ou d'hémophilie familiale ou acquise, favorisant les hémorragies, des signes d'hypertension artérielle qui feront contre-indiquer l'emploi de l'adrénaline. L'examen local comportera l'étude du capuchon muqueux, la recherche du triangle rétro-molaire, pour savoir si l'anesthésie régionale pourra s'effectuer avec précision. On appréciera l'état de la dent de 12 ans et de la couronne de la dent de sagesse.

L'étude de la technique opératoire nous amène à envisager :

- 1° L'anesthésie;
- 2° L'extraction;
- 3° Les suites opératoires.

I. ANESTHESIE

La question de l'anesthésie a soulevé de multiples discussions. Pratiquement, on a le choix entre l'anesthésie générale, l'anesthésie locale, l'anesthésie régionale.

L'anesthésie générale doit être réservée à des cas très particuliers. Ce mode d'anesthésie n'est pas, en effet, exempt de dangers. Il faut compter avec la syncope toujours possible et la projection de corps étrangers dans les voies aériennes. Le sang, la salive, de petits fragments osseux ou dentaires mêlés à des particules septiques peuvent être aspirés par le malade en raison des mouvements respiratoires désordonnés et des inspirations réflexes violentes. Ces inconvénients peuvent être cependant supprimés en employant la pipe pharyngienne de Delbet.

Au cours de l'opération, l'anesthésie générale, loin de faciliter l'intervention, est plutôt gênante. Il est difficile de fixer la tête et le maxillaire inférieur d'une façon parfaite. Le champ opératoire est constamment inondé de sang. De fréquents arrêts sont nécessaires pour permettre à l'anesthésiste d'administrer de nouvelles doses de narcose, et la durée de l'opération se trouve ainsi prolongée.

Nous concluons donc qu'en principe, l'anesthésie locale ou régionale est préférable. Elle est moins dan-

gereuse, elle réduit le temps opératoire, elle laisse après elle moins de séquelles.

Malheureusement, l'anesthésie par injection présente un certain nombre de contre-indications, aujourd'hui d'ailleurs très réduites.

Il y a quelques années, en effet, la présence de trismus interdisait l'emploi de l'anesthésie loco-régionale. Actuellement cette contre indication n'existe plus, puisque l'on peut avec la technique de l'anesthésie massétérine, préconisée par Bercher, vaincre le trismus et obtenir sa sédation en moins de 20 minutes. Ce n'est que dans les cas de trismus particulièrement important que l'on préférera l'anesthésie générale.

Par contre, la tuméfaction de la muqueuse rétro-molaire constitue pour beaucoup un inconvénient plus important. Elle gêne l'injection et supprime parfois les effets du liquide anesthésiant.

Le docteur Chompret, dont la grande pratique de l'anesthésie locale fait autorité, s'élève contre ces craintes. Si l'on pratique, nous dit-il, une technique précise, l'anesthésie locale ne compte pas d'échecs. Mais il est nécessaire pour cela 1° de faire la première injection en tissu sain ; 2° de bien infiltrer la muqueuse de la face interne du maxillaire inférieur ; 3° de pratiquer une bonne injection intra-ligamentaire.

Par ailleurs, il est toujours permis de tourner la difficulté et de faire, comme l'ont préconisé les partisans de l'anesthésie régionale, une anesthésie du nerf dentaire par voie cutanée. Cette méthode est rationnelle mais perd de sa valeur en cas d'ostéo-phlegmon interne avec cellulite de la région sous-maxillaire.

En résumé, l'anesthésie générale ne se trouve véritablement indiquée qu'en cas de trismus très important et de grosse manifestations inflammatoires.

Nous rappellerons rapidement d'une part, la technique de l'anesthésie du nerf dentaire inférieur à l'épine de Spix, d'autre part le procédé de l'anesthésie masséterine de Bercher.

A) *Anesthésie du nerf dentaire inférieur.*

Sa technique est actuellement classique. En palpant avec le doigt la branche montante du maxillaire inférieur, on suit facilement le bord antérieur de cette branche. En dedans de ce bord tranchant on tombe dans une dépression constituée par le triangle rétromolaire de Braun et limitée en dedans par la ligne oblique interne, facile à reconnaître. En dedans de cette ligne presque sous la muqueuse, le long de la face interne de la branche montante et à un centimètre au-dessus d'un plan horizontal passant par la face supérieure de la dernière molaire, on tombe sur le nerf dentaire inférieur avant son entrée dans le canal dentaire inférieur.

On repère avec l'index introduit dans la bouche le bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur. A 2 m/m. en dedans de ce bord, à 1 cm. au-dessus de la face triturante de la deuxième grosse molaire, on pique la muqueuse d'avant en arrière jusqu'à ce que l'aiguille vienne buter sur le triangle rétromolaire (premier temps).

La pointe de l'aiguille est alors reportée en dedans. Dès que l'on n'apprécie plus de résistance osseuse, l'on

injecte une partie du liquide anesthésiant (deuxième temps).

On enfonce l'aiguille en même temps que l'on déplace doucement la seringue vers la commissure labial du côté opposé, afin de rapprocher la pointe de l'aiguille de la face interne de la branche montante. L'on s'arrête à une profondeur telle que la pénétration totale de l'aiguille ne dépasse pas deux centimètres et ramenant la seringue sur la ligne médiane, on vide le reste de la solution (troisième temps).

Au bout de 5 à 6 minutes, le patient accuse une hypoesthésie dans la région commissurale de la lèvre inférieure. L'anesthésie est en général satisfaisante au bout de 10 minutes, et qui suffit en principe. Certains préfèrent la compléter par une infiltration locale qui aurait le double intérêt : 1° d'anesthésier la muqueuse jugale et rétro-molaire innervée par le nerf buccal ; 2° de provoquer l'ischémie du champ opératoire.

Ce procédé d'anesthésie régionale est dépourvu de danger. L'artère dentaire inférieure est à son entrée dans le canal dentaire inférieur à 4 ou 5 millimètres en arrière du nerf et tend à devenir d'autant plus postérieure que l'on se trouve, comme il arrive généralement, à un niveau plus élevé au-dessus de l'épine de Spix.

B) *Procédé d'anesthésie massétérine de Bercher.*

On repère sur la joue l'échancrure sigmoïde en palpant ses limites : coroné en avant, condyle en arrière. Dans la dépression précondylienne, au ras du bord inférieur de l'arcade zygomatique, on enfonce l'aiguille bien perpendiculairement jusqu'à une profondeur de 2 cm.

à 2 cm. 1/2. La douleur due à la pénétration de l'aiguille sera réduite au minimum si l'on a soin d'enfoncer très lentement l'aiguille en poussant l'injection du liquide anesthésiant. Cette anesthésie est sans danger important (le canal de Stenon est plus bas). Le relâchement musculaire est déjà très appréciable après une attente de 10 minutes, il est total après 20 minutes.

Nous n'insisterons pas sur la nature, la dose, la concentration du liquide anesthésiant. Les avis sont partagés à ce sujet. On recommande en général d'ajouter de l'adrénaline à la novocaïne pour en renforcer l'action. Dans ce cas, on ajoute une goutte de la solution d'adrénaline au 1/1.000^e par centimètre cube de la novocaïne à 1 ou 2 %. Bercher, dans le cas d'anesthésie massétérine, conseille d'éviter l'adrénaline et préfère pratiquer une infiltration en nappe de cinq et même dix centimètres cubes, de novocaïne à 1 %.

II. EXTRACTION

Nous étudierons,

A) la technique générale de l'extraction de la dent de sagesse inférieure,

B) la marche à suivre dans certains cas spéciaux.

Au cours de cette description, nous discuterons à chaque temps de l'opération les difficultés susceptibles d'apparaître et les moyens d'y remédier.

A) Technique générale de l'extraction de la dent de sagesse inférieure.

On s'entourera des mêmes garanties d'asepsie et d'aide que celles que réclame toute opération chirurgi-

cale. Un bon éclairage est absolument nécessaire. L'usage du miroir frontal de Clar est donc indispensable. Le malade est placé dans une position qui varie suivant les cas. Si l'on opère à froid les avis diffèrent. Les uns préfèrent la position assise qui aurait l'avantage pour eux de fixer mieux la tête et de faciliter ainsi certaines manœuvres de force. Les autres jugent que la position couchée met l'opéré dans de meilleures conditions de résistance contre le shock opératoire. Si l'opération s'effectue au cours d'accidents aigus, tout le monde est d'accord : le malade doit être couché.

La technique de l'intervention comprend trois temps :

1^{er} temps : incision de la muqueuse et découverte de la région

2^e temps : désenclavement de la dent.

3^e temps : dégagement de la dent.

1^{er} temps : Incision de la muqueuse.

Découverte de la région.

L'incision de la muqueuse doit permettre de bien découvrir la région. Elle comprend toute l'épaisseur de la fibro-muqueuse et du périoste. On a décrit de nombreux types d'incision : en croix, en U en pédicule externe, en T dont la branche verticale est parallèle à l'arc alvéolaire, l'autre branche la coupant immédiatement en arrière de la deuxième grosse molaire. Toutes ces incisions ont pour inconvénient de laisser un lambeau qui gêne le désenclavement, a tendance à se sphacéler et n'aide en rien à la cicatrisation. On ne les emploie que lorsque l'on opère à froid. En présence d'œdème ou d'ulcération, la muqueuse est friable, et il est difficile

de faire une incision correcte. Le mieux est de pratiquer dans ce cas l'ablation complète du capuchon qui recouvre la région (fig. 18).

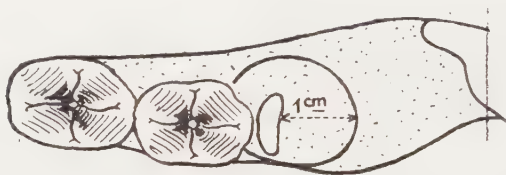


Fig. 18

L'incision est faite au bistouri, soit droit, soit coudé. Le bistouri coudé facilite la section de la partie postérieure et interne de la muqueuse (fig. 19).

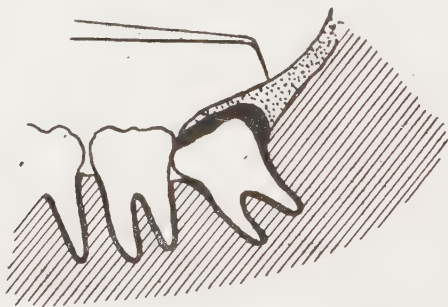


Fig. 19 Incision de la muqueuse au bistouri coudé.

L'incision effectuée, on récline la muqueuse. Si la dent est incluse, la fibro-muqueuse et le périoste sont réclinés facilement. Par contre, si la couronne est dégagée partiellement au niveau d'une de ses cuspidés, la réclinaison ou l'ablation du lambeau peut être rendue difficile. Le docteur Chompret a montré récemment dans la thèse d'un de ses élèves (1) que cette difficulté

(1) Gorensky. Thèse de Paris, 1926. Quelques considérations sur la marche des accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure.

tient à la présence du sac péricoronaire dont les faisceaux fibreux prennent une insertion particulièrement puissante au niveau du collet de la dent. Il insiste depuis longtemps sur la nécessité de libérer la couronne de ces attaches fibreuses, surtout en arrière, si l'on veut éviter les déchirures étendues de la muqueuse au cours de l'avulsion de la dent (fig. 20). Cette libération s'ef-

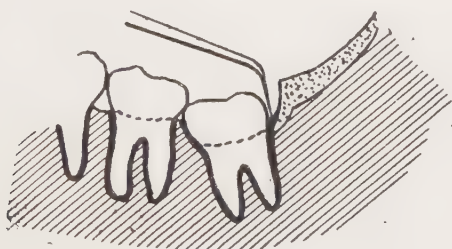


Fig. 20
Le syndesmotome coudé
sectionné en arrière,
l'insertion du sac péricoronaire.

fectue difficilement avec la rugine, il est préférable de se servir de syndesmotomes coudés conçus à cette fin (fig. 21 et 22).

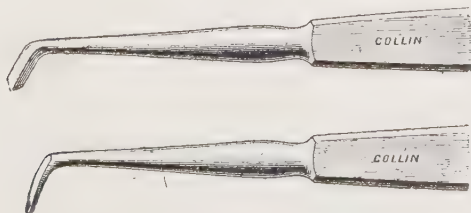


Fig. 21. Syndesmotomes coudés
du Docteur Chompret.

2^e temps : Désenclavement de la dent.

Le désenclavement de la dent est effectué pour rendre possible et facile le dégagement de cette dent.

On effectue ce désenclavement par les parois supérieure et externe de l'alvéole.

La paroi supérieure est réséquée sur une étendue suffisante pour laisser sortir la couronne de la dent.

En ce qui concerne la paroi externe, les avis diffèrent. La plupart des chirurgiens, dont l'opinion est résumée par Brocq et Monier, découvrent la couronne et le premier tiers des racines. Certains enlèvent toute la paroi externe de l'alvéole. Winter est plus économique et ne pratique qu'un léger forage le long de la dent, forage juste suffisant pour permettre de glisser l'instrument qui luxera la dent. Ce dernier auteur tient essentiellement en effet à ménager cette paroi qui lui servira plus tard de point d'appui.

En tout cas, quel que soit le degré de résection osseuse, il est un point sur lequel tout le monde est d'accord, c'est que cette résection n'est permise qu'au niveau des parois externe et supérieure. La paroi interne doit être à tout prix respectée, car agir à ce niveau, c'est risquer d'ouvrir la porte à l'infection vers le plancher buccal et le tissu péri-amygdalien.

Il existe pour désenclaver la dent deux types d'instruments : 1° la gouge et le maillet ; 2° la fraise.

1° *La gouge* habituellement employée est de taille moyenne, son biseau est court, son manche droit. S. Gardner préconise les gouges à double courbure qui auraient l'avantage de s'adapter mieux à la disposition anatomique de la région. Le maillet est de poids variable, la forme de sa tête est, soit cubique, soit cylindrique.

Nous rapprocherons de la gouge le ciseau, dont l'extrémité au lieu d'être creusée comme la gouge en rigole reste plate, les *alcéolosecteurs* de George Winter dont la partie tranchante rappelle les formes de la gouge et du ciseau, mais qui présentent cette particularité d'être coudés et de posséder une poignée qui exclue l'emploi du maillet.

2° Les fraises utilisées généralement sont des fraises rondes. Certains emploient les fraises hélicoïdales qui rappellent le foret. Ces fraises sont du même type que celles qu'emploient les stomatologistes. Elles sont construites pour être adaptées sur le tour électrique par l'intermédiaire d'une pièce métallique, soit droite (pièce à main), soit coudée à angle droit (angle) ; soit doublement coudée (contre angle). Cette pièce ne peut être stérilisée. On se sert donc de compresses ou d'un champ pour la maintenir.

Ces deux procédés ont leur avantage et leurs inconvénients. La gouge fait des copeaux plus grands que l'on peut plus facilement enlever. Elle ne risque pas de blesser la muqueuse. Lorsqu'elle est bien tenue il n'y a pas à craindre, comme on le lui a reproché, les dérapages de son biseau créant de dangereuses échappées. Par contre, la disposition anatomique de la région rend parfois difficile la mise en bonne place de la gouge et la sculpture de l'os en bonne direction. Il en est surtout ainsi pour la paroi supérieure où le bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur gêne considérablement l'inclinaison en arrière du manche de l'instrument. C'est pour remédier à cette infériorité de la gouge que certains auteurs ont fait construire des

instruments coudés que nous avons signalés plus haut.

La fraise est un instrument beaucoup plus fin et d'un maniement certainement plus facile. Par contre, le travail qu'elle effectue est plus long. Elle fait une poussière osseuse difficile à enlever complètement par lavage et qui favorise la suppuration post-opératoire. En outre, si l'on approche trop près l'instrument de la gencive, l'on risque de provoquer l'enroulement de lambeaux de muqueuse autour de la fraise. Pour Berger, la fraise aurait pour inconvénient de surchauffer l'os et de provoquer de la nécrose, et les douleurs post-opératoires seraient plus vives après les résections alvéolaires faites à la fraise qu'après celles faites à la gouge et au maillet.

Les partisans de la fraise répondent que ce surchauffement semble bien improbable étant donné que le champ opératoire est constamment baigné par le sang et la salive.

A côté de la gouge et de la fraise, il existe un instrument susceptible de rendre de grands services : la pince gouge de Lombard. Elle régularisera le travail toujours un peu grossier de la gouge. Sa grande maniabilité, son action très précise la rendent préférable à tout autre instrument quand on veut effectuer la résection d'un bord osseux fragile. Enfin, la forme effilée de son extrémité rend son emploi très appréciable quand il s'agit de creuser l'os comme on est amené à le faire en cas d'inclusion profonde.

La résection osseuse débutera à la face supérieure de l'os. On la poursuivra en dehors de proche en proche jusqu'à désenclavement complet de la dent.

La difficulté de ce temps opératoire tient en grande

partie à la *résistance* apportée par la paroi osseuse. A cet égard, le tissu compact de la paroi externe se laisse travailler plus difficilement que le tissu spongieux de la paroi supérieure, avec cette réserve cependant que parfois la face supérieure de l'os se trouve considérablement renforcée par les deux lignes obliques interne et externe et offre une dureté analogue à celle de la face externe.

La *profondeur* de l'inclusion constitue une deuxième cause de difficulté. Dans ce cas le désenclavement à la gouge et à la fraise pourra être malaisé et il pourra y avoir intérêt, comme on l'a vu, à utiliser la pince-gouge de Lombard.

3^e temps : Dégagement de la dent.

Une fois la dent désenclavée, son dégagement est pratiqué. Il ne demande parfois qu'un minimum d'effort. Il est d'autres fois extrêmement laborieux. Aussi, est-il nécessaire de se rendre compte de la mobilité de la dent dans l'alvéole, après section de toute attache ligamentaire.

La dent se mobilise facilement. (Ce cas répond d'ordinaire aux dents obliques non coincées dont la forme et les racines sont normales). Sa luxation en sera aisée. Un instrument quelconque effilé à son extrémité, élévateur droit ou langue de carpe, est insinué sous la racine mésiale et non sous la couronne de la dent. Par un simple mouvement de levier prenant point d'appui sur la face inférieure de l'alvéole on luxe la dent en lui faisant imprimer un mouvement de rotation qui l'entraîne en haut et en arrière. Brocq et Monier conseil-

lent de cueillir la dent avec un élévateur coudé qu'on enfonce entre elle et la paroi antérieure de l'alvéole. G. Winter, nous l'avons vu plus haut, préfère se servir comme point d'appui de la paroi externe qu'il a respectée à cet effet, emploi comme levier un élévateur à double courbure.

La dent est difficilement mobilisable. Le dégagement sera moins facile. L'entrée de l'élévateur demande parfois un véritable effort. Dans ce cas, on peut essayer de se servir d'un davier élévateur ou de la gouge et du maillet comme instrument de luxation en évitant bien entendu d'employer une trop grande force.

La dent n'est pas mobilisable. Plusieurs causes sont possibles.

1° La cause la plus fréquente est le coincement de l'angle mésio triturant de la dent de sagesse sous le collet de la dent de 12 ans. Cette disposition a été révélée en général par la radiographie. Ce coincement complique d'ordinaire considérablement le dégagement de la dent de sagesse. Certains chirurgiens emploient une manœuvre de force en prenant point d'appui sur la paroi externe de l'alvéole. D'autres utilisent une méthode préconisée depuis longtemps par Magitot, l'extraction préalable de la dent de 12 ans.

Un procédé beaucoup plus élégant consiste à pratiquer dans la resection de la portion coincée de la couronne de la dent. Cette resection peut s'effectuer avec des disques de carborandum, montés sur tour dentaire ordinaire. C'est la même manœuvre que pour séparer deux dents lorsque l'on prépare une couronne. Il est indispensable de protéger les parties molles voisines

par un protège disque métallique qui abaisse la langue et écarte la joue. On a préconisé également la fraise à fissure. Mais il nous semble que la fraise doit faire un travail beaucoup moins rapide (fig. 22).

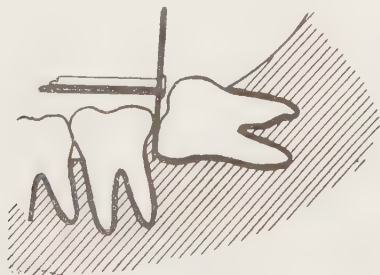
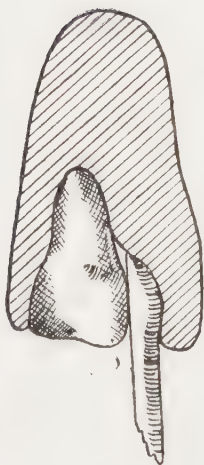


Fig. 22

2° S'il n'existe pas de coincement, une autre cause de dégagement tient aux dispositions anormales des racines de la dent de sagesse. Exceptionnellement cette difficulté tient à la forme *droite* des racines dont l'extrémité n'est pas incurvée distalement. Ces cas sont rares. Il s'agit, en effet, habituellement de dents verticales pour lesquelles on n'est pas appelé fréquemment à intervenir. Il faut se garder dans ce cas de chercher à obtenir quand même la luxation de la dent en arrière, car on risque de fracturer les racines. Si la disposition radiculaire a été prévue par la radiographie, il n'y a pas intérêt à découvrir la face externe de la dent, l'ablation de la face supérieure de l'alvéole suffit. La luxation de la dent s'effectue en effet en insinuant entre la face externe de la dent et la paroi alvéolaire un élévateur



Vue externe.

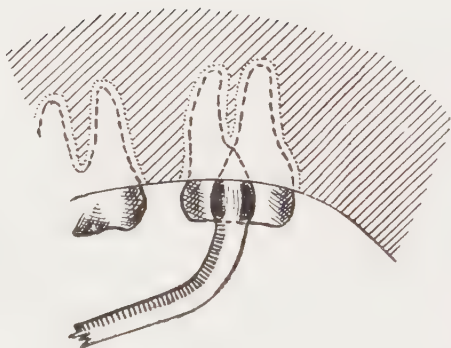


Fig. 23

La langue de carpe
est insinuée entre la couronne
et la paroi externe de l'alvéole.

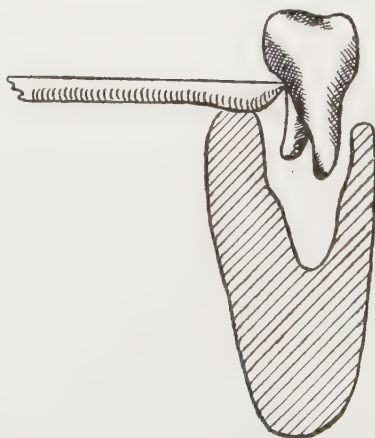


Fig. 24

La dent est soulevée.

droit. G. Winter emploie un type de langue de carpe jusqu'à ce que la pointe de l'instrument atteigne la bifurcation des racines (fig. 23). On abaisse alors le manche de l'instrument en dehors en prenant point d'appui sur la paroi externe de l'alvéole (fig. 24).

Parfois, ce mouvement entraîne la fracture d'une portion de la paroi interne de l'alvéole. On veillera, dans ce cas, à enlever la petite esquille.

Les racines peuvent être *convergentes* et englober entre elles un segment d'os. Si la dent est barrée par l'incurvation de la racine mésiale on évitera la fracture radiculaire en effectuant une luxation rapide en haut et en arrière qui aura pour effet de briser le segment osseux intermédiaire.

Enfin les racines peuvent être *divergentes*. Si la divergence est très prononcée, la fracture des racines est presque inévitable. On tentera de dégager le plus d'os possible mais on agira très prudemment sans manœuvre de force. Parfois, malgré cela, la fracture radiculaire se produit. Si la racine paraît accessible on tentera de la sortir avec un élévateur coudé. Sinon l'expectative est préférable s'il n'y a pas d'accident infectieux.

La dent extraite, la plaie est régularisée, on coupe aux ciseaux les lambeaux de muqueuse, on supprime à la pince gouge les arêtes trop vives, la cavité est nettoyée par un bon lavage et laissée ouverte.

B) Technique réservée à certains cas

Il nous reste à envisager la technique réservée à certains cas spéciaux.

1° *La dent à forme angulaire.* Nous avons vu l'aspect général de cette dent. *La dent présente une forme angulaire.* Ce type constitue une difficulté d'extraction très souvent insoupçonnée. En effet, la couronne est dégagée complètement, la dent paraît à sa place normale, il existe même un certain espace séparant les deux dernières molaires. On ne remarque pas qu'en réalité la couronne se trouve d'une part à un niveau

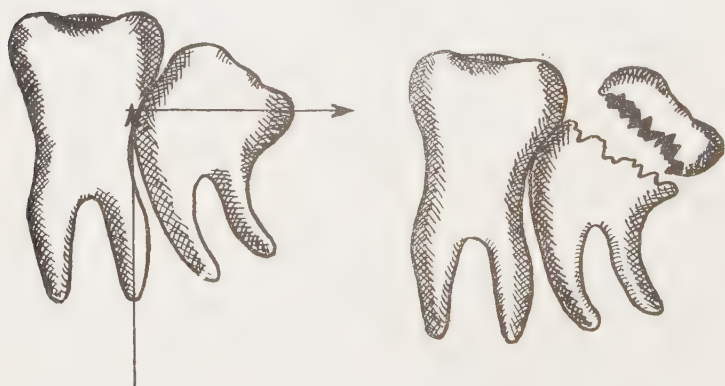


Fig. 25

inférieur à celui qu'elle devrait occuper, d'autre part qu'elle est dirigée obliquement en haut et en arrière. On ne pratique pas une radiographie et l'on croit à une extraction facile. On s'efforce de luxer la dent avec le davier ou plus souvent avec la langue de carpe. Si la couronne résiste, la luxation est impossible. Si la couronne est cariée, elle s'écrase (fig. 25). L'effort de l'instrument est bien dirigé en haut et en arrière, mais la butée sur la deuxième grosse molaire infléchit l'effort directement en arrière (fig. 30). La couronne se fracture. Avec la technique décrite, on désenclavera la partie ex-

terne de la dent jusqu'à complet dégagement de l'angle. On pourra alors glisser au-dessous de ce dernier la langue de carpe. La position de l'instrument est correcte et l'on effectue ainsi facilement la luxation.

2° *La dent est en hétérotopie.* Si la dent est simplement inclinée en haut et en arrière on effectuera le désenclavement de toute la face triturante comme on l'a décrit.

Si l'hétérotopie est plus accusée, il faudra désenclaver et dégager la dent en agissant très prudemment et en se rappelant qu'il faut éviter à tout prix de léser la table interne de la branche horizontale du maxillaire inférieur et d'une partie de la face externe de la dent.

III. SUITES OPÉRATOIRES.

L'extraction des dents donne naissance à « une plaie qui, toute simple et si peu étendue qu'elle soit, n'échappe pas, en raison de sa communication directe avec un milieu septique comme la bouche, à un certain degré d'infection. » (Rédier).

L'ablation d'une dent de sagesse qui nécessite obligatoirement une anesthésie sérieuse, et qui occasionne un traumatisme plus ou moins important de la gencive et du maxillaire, est une opération qui fatigue le sujet pendant 24 à 48 heures. Il existe généralement une légère difficulté à ouvrir la bouche, une tuméfaction modérée de la joue dûe le plus habituellement à un léger hématome. La cavité opératoire peut rester saignante pendant 24 heures. Il est possible de voir du quatrième au dixième jour la plaie se recouvrir d'un

léger exsudat blanchâtre fino spirillaire. Elle revêt un bel aspect en général vers le dixième jour.

Dans quelques circonstances, il arrive que l'on observe, par contre, certains incidents, sinon certaines complications.

Les uns apparaissent au cours même de l'intervention. Nous n'insisterons pas sur la fracture complète du maxillaire inférieur, conséquence de manœuvres brutales ou de fragilité particulière de l'os. Par contre, il n'est pas rare de voir des lésions partielles de l'alvéole, comme la fissure d'une de ses parois, être une source d'esquilles habituellement sans gravité, mais cependant point de départ possible d'hémorragies ou d'infection secondaire.

Par contre, la mise à nu du canal dentaire inférieur qu'aura prévue la radiographie entraîne parfois une hémorragie immédiate, assez sérieuse pour nécessiter un tamponnement alvéolaire de plusieurs minutes ou de plusieurs heures.

Enfin, il arrive que malgré les précautions que l'on a prises, la dent se fracture. Si le trait siège au niveau de la couronne, l'extraction du reste de la dent sera facilement pratiquée. S'il s'agit au contraire de fracture radiculaire, la conduite à tenir est plus délicate. Comme on l'a vu, dans le cas où l'apex isolé n'est pas facilement abordable, on pourra se trouver autorisé à adopter l'expectative quitte à intervenir plus tard si la racine ne s'expulse pas d'elle même. Signalons, en dernière analyse, la projection de la dent dans les voies aériennes ou digestives, complication qui peut être grosse de conséquence, mais reste heureusement rare.

2° Dans quelques cas, les complications apparaissent secondairement.

a) *L'hémorragie* est l'une de ces complications les plus fréquentes. Elle peut survenir quelques heures après l'extraction ou plus tardivement deux, trois, quatre jours après l'intervention. Habituellement, ces hémorragies sont de causes locales : persistance d'une esquille alvéolaire, déchirure du paquet vasculo-nerveux du canal dentaire inférieur ; elles sont alors bénignes.

Exceptionnellement, elles relèvent d'un trouble de la coagulation sanguine ou d'une prolongation du temps de saignement. Ces accidents hémophiliques ou hémogéniques sont très graves, et on les a vus parfois se terminer par la mort. On conçoit donc, comme nous avons insisté plus haut, l'utilité d'un interrogatoire précis à ce sujet avant l'intervention.

b) L'opéré revient d'autres fois pour des *accidents infectieux*. Il est rare que l'infection complique une intervention pratiquée à froid. On verra plus couramment ces complications inflammatoires après une laborieuse extraction effectuée en milieu infecté.

Ces complications peuvent être sans gravité, se réduisant à de simples poussées fluxionnaires accompagnées d'un léger retentissement ganglionnaire.

Les phénomènes infectieux prennent parfois une allure moins bénigne. Il en est ainsi lorsque les lésions se sont propagées en dedans du maxillaire inférieur. A ce niveau, en effet, le tissu cellulaire est lâche et communique avec les régions voisines. L'infection a peu de tendance à se limiter, et il n'est pas rare de voir les

abcès fuser rapidement, soit en bas et en avant vers le plancher de la bouche, soit en arrière vers la région amygdalienne.

Ces accidents sont favorisés très souvent par une lésion traumatique de la paroi linguale de l'alvéole. Aussi, a-t-on insisté avec raison sur la nécessité de respecter à tout prix cette paroi.

D'autres fois, les accidents infectieux sont osseux. Ils peuvent entraîner une nécrose partielle de l'os et aboutir à l'élimination de séquestres.

Toutes ces complications infectieuses ne relèvent pas forcément du traumatisme opératoire. En particulier, dans le cas de nécrose osseuse, la question se pose de savoir si l'on doit incriminer l'extraction ou s'il s'agit seulement d'une évolution naturelle de lésions d'ostéomyélite apparues avant l'intervention et que celle-ci n'a pu juguler.

3° On peut voir, enfin, le malade revenir pour des *phénomènes douloureux*, des causes multiples, dont la discrimination est à faire.

S'agit-il d'un simple retard dans la cicatrisation ? de phénomènes de rétention infectieuse sous des bourgeons de mauvaise qualité ? d'alvéolite ? Toutes ces questions ne peuvent souvent être résolues que par un examen attentif de la plaie. On pratiquera au besoin une radiographie, si l'on a des doutes sur l'intégrité de l'os.

Parfois les phénomènes douloureux sont plus importants. Il s'agit de névralgies irradiant dans toute la spère du trijumeau. Ici encore on a discuté de leur origine. Certains voient dans ces névralgies des mani-

festations purement réflexes ou psychiques. D'autres pensent qu'il s'agit de phénomènes d'irritation du nerf dentaire inférieur. En pratique, il est difficile de faire la part de ce qui revient à chacune de ces trois hypothèses. Peut-être sont-elles fréquemment associées. La meilleure conduite à tenir dans ces cas est de ne pas irriter l'alvéole. On se contente de toucher localement la plaie avec un analgésique tel que le scuroforme, comme y a insisté le Docteur Chompret.

En résumé, les lignes générales de l'extraction de la dent de sagesse sont simples. Elles doivent toujours rester présentes à l'esprit. En pratique, on doit se souvenir qu'il s'agit d'une intervention souvent laborieuse qui réclame une assez grosse pratique mais dont les suites opératoires restent en général favorables.

CONCLUSIONS

L'étude de la morphologie et des rapports de la dent de sagesse inférieure montre que cette dent, lorsqu'elle n'a pas fait son éruption normale complète, peut être difficile à extraire en raison : 1° de son coincement possible sous le collet de la dent de 12 ans ; 2° de l'épaisseur de l'os qui recouvre sa couronne ; 3° de ses anomalies radiculaires.

Ces difficultés ne peuvent être connues que par l'examen radiographique qui devra toujours être pratiqué avant toute tentative d'extraction.

Un bon cliché radiographique doit montrer : la position de la dent, le nombre et la forme de ses racines, la profondeur de son inclusion, le degré de son coincement sous le collet de la deuxième grosse molaire, ses rapports avec le canal dentaire inférieur.

Il faut éviter de faire des erreurs d'interprétation dues à de fausses projections.

A cet égard la radiographie par petit film intra-buccal est préférable à toute autre.

Dans toutes les interventions à froid, l'anesthésie par la novocaïne doit être préférée à l'anesthésie générale. En cas de trismus, Bercher fait précéder l'anesthésie du dentaire inférieur d'une anesthésie massétérine qui fait céder le trismus. D'autres auteurs préfèrent recourir à l'anesthésie générale.

L'anesthésie régionale peut être complétée par une infiltration locale dans le but d'anesthésier les terminaisons du nerf buccal et d'ischémier le champ opératoire.

L'extraction doit être pratiquée chirurgicalement, les seuls procédés dentaires aboutissant à un échec.

L'opération est pratiquée méthodiquement. Elle comprend :

1° Le désenclavement de la dent : incision de la muqueuse, rugination du périoste, trépanation de l'alvéole à la gouge ou à la fraise en abordant uniquement sa paroi externe et supérieure.

La facilité et la rapidité de désenclavement dépend évidemment de l'épaisseur, de la surface et de la résistance de l'os à supprimer.

2° A ce moment, l'avulsion de la dent peut se faire dans certains cas facilement à l'élévateur ou à la langue de carpe. Mais des difficultés peuvent se présenter :

a) Soit du fait du coincement de l'angle mésio triturant de la dent de sagesse sous le collet de la dent de 12 ans. On surmonte cette difficulté en abrasant avec un disque en carborandum, toute la partie de la couronne de la dent de sagesse empêchant la luxation de la dent;

b) Soit du fait, beaucoup plus rare, de la forme angulaire prise par la dent de sagesse (la couronne regardant en haut et en arrière les racines dirigées en bas et en arrière). Il est alors nécessaire de dégager la partie inférieure de cet angle afin de pouvoir glisser l'élévateur ou la langue de carpe et de luxer la dent. Si l'effort était appliqué sur la face antérieure de la couronne, il pour-

rait rester stérile ou aboutir à la fracture de la couronne;

c) Soit d'anomalies radiculaires (racines droites, convergentes, divergentes, en cor de chasse, en hameçon). Ces cas aboutiront souvent à la fracture d'une racine et nécessairement l'ablation laborieuse du fragment apical inclus. Certains auteurs abandonnent l'apex fracturé. Cette manière d'agir est défendable sauf en cas d'infection para apicale. Il faut alors faire son possible pour enlever l'apex infecté et infectant.

Vu :

Le Doyen,
ROGER

Le Président de Thèse,
CUNÉO

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

I. Anatomie.

- AMOËDO et POIRIER. — Traité d'anatomie humaine. Anatomie des dents. Tome : Annexes du tube digestif.
- CAPDEPONT. — Pathogénie des accidents d'inclusion de la dent de sagesse inférieure. (*Bulletin de la Société de Stomatologie*, 1902. — *Revue de Chirurgie*, juin 1910).
- Etude de la formation radiculaire et de l'éruption des dents. (*Revue de Stomatologie*, octobre 1913).
- DIEULAFÉ et HERPIN. — La dent de sagesse. (*Odontologie*, 30 novembre 1911).
- FILDMANN et JOUCY. — Anatomie topographique révélée par l'extraction d'une dent de sagesse inférieure gauche. (*Semaine dentaire*, 1922).
- HÉMARD (Urbain). — Recherches de la vraie anathomie des dents et propriétés d'icelles. (Lyon, 1581).
- HOWEY. — The third molar. (*Western Dental Journal*, juin 1913).
- MAGITOT. — Traité des anomalies du système dentaire de l'homme et des mammifères, 1898).
- OBRE. — Les dents « barrées ». (Thèse de Bordeaux, 1927).
- PLATTENBERG. — (*The Wisdem Dental Review*, octobre 1912).
- PUIG. — Rapports des dents avec le nerf dentaire inférieur. (Thèse de Paris, 1924).
- RODIER. — Dents traversées ou sillonnées par le nerf dentaire inférieur. (*Revue de Stomatologie*, 1920).
- TOIRAC. — Mémoires sur les diverses espèces de déviations dont est susceptible la dernière molaire et sur les accidents qui peuvent accompagner sa sortie (1828, t. I. p. 396).
- WHITEHOUSE. — Abnormalities of the mandibular. (*Molar Ash's Monthly*, 30 octobre 1918).

II. Radiographie.

BOULAND et ODIN. — Notions de Radiographie dentaire.

CHOMPRET. — De l'utilité de la radiographie avant certaines extractions dentaires. (*Société de Stomatologie*, 10 mars 1913).

FREY et RUPPE. — Radiographie dentaire. (Ballière et fils, 1924).

III. Extraction.

BERCHER. — Anesthésie massétérine. (*Revue de Stomatologie*, 1922).

BERGER. — Technical principles of the Oral Surgery. (*Dental Item of Interest*, 1922-1923)

BLANCHON (L. M.). — Utilité de la Syndestmotomie, premier temps de toute extraction dentaire. Thèse de Paris, 1924.

BLAR. — Essentials of Oral Surgery, 1923.

BROCQ et MONIER. — Sur le traitement chirurgical des accidents initiaux de la dent de sagesse inférieure et l'extraction de cette dent encore incluse. (*Presse Médicale*, 25 octobre 1922).

FRITEAU. — Manuel du chirurgien-dentiste.

— Dents incluses. (*Presse dentaire*, 1923).

BOVD S. GARDNER. — De l'emploi du ciseau et du maillet pour l'extraction des dents. (*The international Journal of Orthodontia and Oral Surgery*, mars 1921)

GIBBS. — The extraction of teeth (Edinburgh, 1912).

GORENSKY (M.). — Quelques considérations sur la marche des accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure. (Thèse de Paris, 1926).

GUIBAUT. — Traité de Stomatologie, tome IV : Dentisterie opératoire (p. 473).

HEYDENREICH. — 1877.

JOURDAIN. — Traité des maladies et des opérations réellement chirurgicales de la bouche et des parties qui y correspondent. (Paris, 1778).

MARCOVICI (A.). — De l'emploi du para-amino-benzoate de butyle normal en stomatologie. (Th. Paris, 1922.)

- MATARRODENA. — A propos de l'extraction de la dent de sagesse inférieure. (*Semaine dentaire*, 1923).
- PONT. — Stomatologie du médecin praticien.
- ROCHER. — Sur un cas d'inclusion de la dent de sagesse inférieure. (*Revue de Chirurgie de Bordeaux*, mai 1923).
- ROY. — Anesthésie de la dent de sagesse inférieure. (Nov. 1920).
- SNYDER. — Les exoleviers dénommés auparavant élévateurs. (*Dental Summary*, avril 1920).
- WEISER. — La méthode de l'intervention chirurgicale dans le cas de dent de sagesse incluse du maxillaire inférieur (*Journal dentaire belge*, juillet 1913).
- WARD KINK'S. — Operation Dentistry, p. 637.
- George WINTER. — Principles of exodontia as applied to the impacted. (Mandibular third Molar, Saint-Louis, 1926).
- Leo WINTER. — Text book of exodontia (New-York, 1927).



